FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1947

THESE

N° 90

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Isac DULITCHI

Né le 5 Octobre 1909, à Chilia Noua (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le 19 *Février* 1947

LE

CHYLOPERITOINE CONGENITAL

Président : M. DEBRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1947

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Isac DULITCHI

Né le 5 Octobre 1909, à Chilia Noua (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le 19 *Février* 1947

LE

CHYLOPERITOINE CONGENITAL

Président : M. DEBRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. Dr A. HAHN.

Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies des Enfants
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR CLÉMENT LAUNAY

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui m'a donné l'idée de ce travail, et qui voudra bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

In memoriam.

A Madame et Monsieur Jean ROUILLER

A mon Neveu Michel ROUILLER

A Madame et Monsieur Michel BURSTEIN

A Madame Marthe TILLOU

A Madame Anna BARNIER

et a tous ses Enfants

A TOUS MES AMIS

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

INTRODUCTION

Le chylopéritoine congénital est un chapitre des plus obscurs de la pathologie du nouveau-né, étant donné la rareté de l'affection, et si nous avons pu recueillir quelques observations dans la littérature étrangère, nous ne disposons que de celle de M. LAUNAY dans la littérature française.

C'est en 1941 que notre maître, Monsieur Clément LAUNAY, médecin des hôpitaux de Paris, publia une observation personnelle de chylopéritoine congénital et, sur son conseil, nous décidâmes d'en faire le sujet de notre thèse.

De nombreux travaux ont été publiés sur les épanchements du chyle dans le péritoine de l'enfant, mais rares étaient les observations qui répondaient aux deux conditions nécessaires du chylopéritoine, à savoir :

— Que le liquide épanché soit réellement du chyle,

— Que son apparition soit contemporaine à la naissance.

Dans beaucoup de cas le liquide était qualifié de chyle uniquement parce qu'il avait un aspect laiteux et les examens complémentaires manquaient, principalement l'analyse chimique.

Or, cet aspect laiteux se retrouve également dans les épanchements chyliformes et dans certains liquides contenant de la cholestérine. Si ces derniers sont faciles à différencier par la présence de cholestérine à l'état cristallin, il n'en est pas moins vrai qu'il est parfois

difficile de distinguer à première vue un liquide chyleux d'un liquide chyliforme. C'est là le rôle essentiel de l'analyse chimique et de l'examen microscopique.

Plus délicate était la question de la date d'apparition du liquide : certains auteurs notent sa présence dès la naissance de l'enfant, mais d'autres le remarquent seulement à partir du deuxième ou troisième mois.

Fallait-il éliminer sans appel toute observation relatant l'apparition du liquide seulement dans les premiers mois de la vie ? Ou bien devions-nous leur accorder le bénéfice du doute en supposant que sa formation était contemporaine à la naissance mais que sa quantité était insuffisante pour déterminer des signes cliniques immédiatement décelables ?

Cette quantité augmenterait progressivement, déterminant ainsi un sensible accroissement du volume du ventre, suffisant en tout cas pour attirer l'attention du praticien.

En nous rangeant à cette hypothèse que nous approfondirons au chapitre de la pathogénie, nous nous proposons de réunir dans ce modeste travail toutes les observations de chylopéritoine ayant paru dans la littérature et essayer d'en dégager les lignes essentielles de cette affection, surtout en ce qui concerne le diagnostic, l'évolution, la pathogénie et le traitement.

HISTORIQUE

D'après un travail d'ASSMUSS (1909), c'est à PONCY (1699) que l'on doit la première description d'une ascite chyleuse.

L'aspect blanchâtre du liquide a fait penser qu'il s'agissait de lait et les anciens auteurs, tel que CHOMEL (1728) cherchaient à expliquer le cheminement du liquide depuis la glande mammaire jusque dans l'abdomen.

Très rapidement d'ailleurs, cette erreur a été réparée et il a été admis que l'on se trouvait en présence d'une affection des voies lymphatiques, ce qui donnait raison à VERNAGE (1700) qui, le premier, l'avait affirmé devant l'Académie Royale des Sciences.

Mais c'est avec Marshall HUGHES (1841) et LORAIN (1858) que commencent les tentatives d'analyse chimique qui, toutes insistent sur l'importance des graisses contenues dans le liquide. LORAIN dit : « La matière grasse contenait 33,95 % d'acides gras libres; quant à la matière grasse neutre 66,65 %; je pense, d'après les expériences que j'ai faites, il faut conclure qu'elle n'est pas une matière grasse ordinaire à base de glycérine et qu'elle ne se saponifie pas dans les circonstances ordinaires ».

Il s'agit sans doute de cholestérine comme l'indique JOUSSET dans sa thèse de Paris (1901).

A la fin du XIX[e] siècle, de nombreux travaux d'ef-

forcent d'établir de quelle manière sont intéressés le canal thoracique et les chylifères.

On peut citer Guéneau de Mussy (1874), Quincke de Berne (1875), Strauss, Letulle (1884).

La première observation chez l'enfant a été publiée par Morton (1691) : il s'agissait d'un enfant âgé de deux ans qui présenta une ascite à la suite d'une pneumonie mal soignée. A l'autopsie on découvrit un liquide laiteux que l'auteur admit être du chyle.

En 1874, Wilhelm publie l'observation d'un nourrisson de six mois atteint de coqueluche pendant le cours de laquelle survient une ascite assez considérable. Une ponction ramena cinq litres d'un liquide laiteux qui fut qualifié de chyle uniquement sur son aspect.

Winiwarter en 1877, parle d'un enfant de quatre mois et, fait intéressant, donne une analyse chimique très complète du liquide.

Kamienski en 1896, décrit le cas d'un nourrisson de cinq semaines et Pagenstecher, en 1902, celui d'un enfant de cinq mois.

En 1905, N. Boston publie une statistique portant sur cent vingt-sept cas d'ascites chyleuses dont six concernaient des enfants de moins d'un an. Nous ne retiendrons aucune de ces observations car le diagnostic a été fait uniquement sur l'aspect laiteux du liquide et n'était accompagné d'aucune description chimique.

Assmuss en 1909, sur une période de deux cent quatre ans a trouvé cinq cas d'enfants.

Dans celle de Cowie (1911) il s'agit d'un nourrisson de cinq semaines.

Smidt van Gelden en 1920, Schall en 1922 et Bruchsaler en 1929, citent des enfants âgés de deux à quatre mois.

Wegner en 1934, publie le cas très intéressant d'un enfant de cinq mois qui a présenté une ascite chyleuse

qui s'est terminée par la guérison à la suite d'une anastomose péritonéo-veineuse.

BLUME (1935) et BOSSARD (1936-1937) parlent d'enfants de quatre et onze mois.

La dernière en date, nous avons l'observation de Monsieur Cl. LAUNAY, publiée en 1941, en collaboration avec MM. GOURY-LAFONT et R. HENRI.

DEBUT

Cliniquement, l'affection débute par une augmentation du volume du ventre.

A quel moment ?

En passant en revue les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature, nous voyons que dans le cas rapporté par notre maître, Monsieur Cl. LAUNAY, cette augmentation a été contemporaine de la naissance. Elle a été nette surtout dans les quarante-huit premières heures : « Le ventre était gros, étalé sur les flancs et mou comme après une ascite ponctionnée. Son examen était facile car la paroi n'offrait aucune résistance, mais les muscles existent ».

Dans le cas publié par WEGNER, l'abdomen était signalé comme anormalement gros dès la naissance, mais l'attention du praticien n'a pas été attirée par la possibilité de l'existence d'une ascite.

Quant à BLUME, c'est en soignant une fracture costale, fracture qui s'est produite au moment de l'accouchement que son examen lui a permis de découvrir la présence du liquide dans l'abdomen.

WINIWARTER, COWIE, KAMIENSKI, BRUCHSAIER, PAGENSTECHER, BOSSARD et SMIDT VAN GELDEN, notent une augmentation du volume du ventre, seulement dans les trois premières semaines de la vie.

Enfin, c'est le cas de SCHALL qui nous montre le début clinique le plus tardif, puisqu'il se situe au commencement du troisième mois de la vie.

Si l'augmentation du volume du ventre est le symptôme capital qui marque le début clinique de l'affection, elle est parfois accompagnée d'un gonflement du scrotum.

WEGNER nous dit : « Le scrotum était irrégulièrement bombé, enfouissant le pénis et le liquide qu'il contenait était facilement refoulé dans l'abdomen ».

BLUME, COWIE et M. LAUNAY notent un fait analogue.

On peut donc dire que dans les cas typiques le début clinique est contemporain de la naissance et dans les autres cas il se situe dans les toutes premières semaines après la naissance.

Quant au début réel de l'affection, nous y reviendrons au chapitre de la pathogénie.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il va de soi que nous avons tous les signes cliniques d'un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, mais la nature chyleuse de cet épanchement ne peut être affirmée avant la ponction exploratrice. Le liquide ainsi obtenu doit être soumis à une étude aussi complète que possible et comporter un examen microscopique et une analyse chimique.

L'aspect laiteux ne suffit pas pour affirmer la nature chyleuse du liquide, il peut arriver, en outre, que le chyle soit mélangé à du sang obtenu accidentellement au moment de la ponction et que son aspect habituel en soit modifié.

Examen à l'œil nu.

Les ponctions exploratrices ou évacuatrices ont permis de retirer un liquide qui, à l'œil nu, présentait les caractères suivants :

— blanc, ayant l'aspect du lait,

— après repos se divise en deux couches :

  — une supérieure, crémeuse,

  — une inférieure, beaucoup plus claire, ressemblant à du petit lait,

— généralement inodore.

Examen microscopique.

La couche crémeuse est composée de granulations, formant une sorte de poussière homogène, et qui sont animées de mouvements browniens. Ces granulations sont réfringentes et se colorent en rose par le Soudan III.

KAMIENSKI, PAGENSTECHER, BRUCHSALER et BLUME signalent la présence de gouttelettes de graisses libres, ce qui est un caractère différentiel important avec les liquides chyliformes.

L'addition d'éther clarifie partiellement l'émulsion.

On trouve encore :

— quelques rares leucocytes,

— quelquefois des globules rouges d'une manière accidentelle.

Aucun microbe n'a été signalé dans les onze observations que nous avons recueillies dans la littérature. Cultures également négatives.

La recherche du B. K., en inoculant le cobaye, a été faite par M. LAUNAY, mais elle n'a donné aucun résultat. Il en fut de même dans le cas de BRUCHSALER.

Examen chimique.

L'analyse chimique est certainement le temps le plus important du diagnostic.

Réaction : généralement alcaline, très rarement neutre.

ROTTMANN a publié un cas d'ascite chyleuse chez un adulte où elle était acide (In Shermann).

Densité : elle est variable, allant de 1009 comme dans le cas de BRUCHSALER, à 1016 dans l'observation de M. LAUNAY, en passant par 1012 (WINIWARTER) et 1013 et 1014 (PAGENSTECHER).

Graisses : la teneur en graisse est variable et elle dépend surtout de la quantité ingérée.

Le chiffre le plus bas nous est donné par BRUCHSALER avec 6 gr. 6 par litre et le plus élevé est celui de SMIDT VAN GELDEN avec 177 gr. 3 par litre. Le même auteur ne retrouve plus que 87 gr. 2 lors d'une deuxième analyse chimique. M. LAUNAY trouve 41 gr. 55 mais une deuxième analyse ne donne plus que 32 gr. 60 et il note à ce sujet : « Les recherches chimiques faites à l'hôpital Bretonneau par MM. CHEYMOL et HENRY montrent que c'est un liquide très stable dont la teneur en graisses, albumines et substances minérales, reste, à deux mois d'intervalle, sensiblement identique, à la concentration près. Tous les chiffres sont un peu plus faibles au deuxième examen, mais uniformément. A la suite de la première ponction le liquide reste un peu plus dilué qu'il ne l'était avant celle-ci ».

Les chiffres moyens des autres observations oscillent entre 4 et 6 % de matières grasses par litre.

Sucre : « La richesse extrême du liquide en sucre, 1 gr. 13 est donnée par les auteurs comme un signe différentiel de grande valeur avec les épanchements chyliformes » (M. LAUNAY).

Même opinion chez A. MOUCHET dans sa thèse de Paris sur le chylothorax traumatique : « La teneur en sucre d'un épanchement laiteux de la plèvre est un argument important en faveur de la nature chyleuse de cet épanchement.

BOSSARD trouve également 1 gr. 13 de sucre dans son cas. Mais ces quantités sont nettement supérieures à celles trouvées dans les autres observations : 0 gr. 50 par SMIDT VAN GELDEN dans sa deuxième analyse et seulement des traces dans la première; 0 gr. 321 et 0 gr. 319 chez PAGENSTECHER, 0 gr. 20 (WINIWARTER) et 0,084 (BRUCHSALER).

SCHALL et WEGNER ne l'ont pas recherché, quant à

BLUME il ne trouve aucune trace de sucre malgré une analyse soigneuse.

Au total, huit observations dont le liquide contenait du sucre, et trois sans sucre.

Le fait que tous les épanchements chyleux doivent contenir du sucre est contredit par NEUEKIRCHEN, MARTIN, CZERNY, car il peut exister dans des conditions pathologiques ordinaires comme c'est le cas d'une ascite simple rapporté par MOSCATELLI (in Shermann).

Albumines : la quantité d'albumine obtenue dans le cas de M. LAUNAY était un peu plus faible que celle contenue dans le sang : 42 gr. 38 ‰. Un chiffre plus élevé nous est donné par WINIWARTER avec 45 gr. 01 et le plus faible par KAMIENSKI avec 22 gr. 97 pour mille. Dans les autres cas, la moyenne oscille aux environs de 35 pour mille.

Extrait sec : les différents chiffres trouvés pour l'extrait sec sont assez rapprochés les uns des autres : M. LAUNAY 90 gr. 70 et 77 gr. 14 et 79 gr. 17 par PAGENSTECHER. Le chiffre le plus bas est celui de BLUME avec 44 gr. 10.

Il en est de même pour les cendres :

— cas LAUNAY : 5 gr. 09 et 2 gr. 64.

— cas PAGENSTECHER : 8 gr. 27 et 8 gr. 24.

— cas BLUME : 7 gr. 85.

Sels minéraux : les analyses aussi complètes que celles de M. LAUNAY et WINIWARTER nous donnent les chiffres suivants :

Ca	0,82	.....	0,077
Na	1,98	.....	2,85
K	0,06	.....	0,24
Pl	0,179	.....	—
Mg	—	.....	0,016

Coagulabilité : le liquide examiné dans le cas LAUNAY était incoagulable spontanément et ne se coagulait

par addition de sérum frais que lors du premier examen.

Classiquement, le liquide chyleux se coagule en quelques minutes et cela constituait un signe différentiel avec l'épanchement chyliforme qui ne se coagule pas.

Cette opinion semble devoir être révisée puisque MOUCHET signale également dans sa thèse plusieurs cas de chylothorax traumatique dans lesquels le liquide ne se coagulait pas.

Il en est de même dans une observation de chylothorax chez un nouveau-né, publiée par M. JANET, Mlle BOEGNER, Mme LAQUERRIÈRE.

Auteurs		Densité	Réaction	Ext. sec	Cendres	Graisses totales	Acides gras	Cholestérine	Protides totaux	Sérine	Globuline	Glucose	Chlorures	Calcium	Sodium	Potassium	Phosphore	Urée	Observations
Launay Cl.	‰	1016	—	90,70	5,09	41,55	34,22	1,38	42,38	35,53	6,85	1,13	6,43	0,82	1,98	0,06	0,179	0,15	
				77,54	2,64	32,60	22	—	39,70	—	—	1,03	—	—	—	—	—	—	
Winiwarter	‰	1012	alc.	—	—	36,80		—	—	45,00	—	—	020	3,41	0,077	2,85	0,24	0,14	—	
Kamienski	%	1007	alc.	—	—	4,756	—	—	2,297	—	—	traces	0,195	—	—	—	—	—	
Pagenstecher	%	1013	alc.	7,714	0,827	2,854	—	—	3,606	—	—	0,321	0,361	—	—	—	—	—	
		1014	alc.	7,917	0,824	2,873	—	—	3,819	—	—	0,319	—	—	—	—	—	—	
Cowie	%	—	—	—	—	9,2	—	—	—	—	—	présen	—	—	—	—	—	—	
Smidt Van Gelden	%	—	alc.	—	0,79	17,73	—	—	2,81	—	—	traces	—	—	—	—	—	—	
		—	alc.	—	0,65	8,72	—	—	4,45	—	—	0,5	—	—	—	—	—	—	
Schall		—	—	—	—	abond.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bruchsaler	‰	1009	alc.	—	—	6,6	—		—	—	—	0,084		—	—	—	0,059	—	
Wegner																			aucune analyse
Blume	%	1010	—	4,41	0,785	1	—	—	2,36	—	—	0	—	—	—	—	—	0,17	
Bossard	%	—	alc.	—	—	2,90	—	156	3,92	—	—	113	621	8,30	—	—	4,60	0,14	

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de la nature chyleuse d'une ascite est rendu plus difficile par le fait que le liquide obtenu par la ponction se rapproche beaucoup de celui que l'on trouve dans les ascites chyliformes.

Les caractères classiques d'un liquide chyliforme sont :

— aspect blanc-laiteux ou jaunâtre,

— ne se coagule pas spontanément et peut se conserver très longtemps (certains auteurs ont pu le garder pendant un an),

— sa densité est plus faible,

— se forme lentement, selon la cause pathologique qui lui a donné naissance. Après évacuation se reproduit lentement alors que le chyle se reproduit très rapidement,

— *ne contient pas de sucre,*

— le taux des graisses est plus faible que celui de l'ascite chyleuse : *n'est pas influencé par l'alimentation,* et la graisse ingérée ne se retrouve pas dans le liquide.

Dans les cas difficiles, on peut pratiquer l'une des épreuves suivants :

1°) *L'épreuve du beurre de* STRAUSS qui consiste à donner au patient 300 à 500 gr. de beurre en deux-trois jours et doser ensuite l'augmentation du taux des graisses dans le liquide.

2°) *L'épreuve de* MUNCH et ROSENSTEIN : on administre au malade de l'acide érucique que l'on retrouve dans le liquide sous forme d'une graisse neutre d'érucine.

EVOLUTION

De quelle manière l'affection a-t-elle évolué chez les différents enfants dont nous citons les observations ?

Dans de nombreux cas elle s'est faite spontanément vers la guérison sous l'influence des ponctions évacuatrices.

Dans d'autres cas il a fallu une intervention chirurgicale, simple laparotomie ou même abouchement du cul-de-sac vagino-péritonéal dans une veine saphène.

Schématiquement, l'évolution peut se résumer de la manière suivante : formation du liquide, son évacuation, sa reproduction.

La formation du liquide est contemporaine de la naissance dans certains cas (LAUNAY, WEGNER), mais le plus souvent il n'apparaît que dans les premières semaines de l'existence. Sa quantité augmente progressivement, l'abdomen devient gros, tendu, l'ombilic est déplissé, il se développe une circulation collatérale plus ou moins intense.

L'alimentation de l'enfant devient difficile, il vomit, sa respiration est rapide, il se cyanose.

Devant ces symptômes alarmants le liquide est évacué et tous les signes pathologiques disparaissent provisoirement.

Mais le malade de PAGENSTECHER supporte mal cette évacuation : son état s'aggrave brusquement, fièvre à

39°2, agitation, diarrhée. Cela dure quatre jours et dès que le liquide se réforme l'enfant reprend son aspect habituel. BLUME nous signale un comportement analogue de son enfant.

Le liquide se reproduit rapidement et en quantité variable. KAMIENSKI a fait une seule ponction évacuatrice de 750 cc. qui a été suffisante pour amener une guérison définitive. On ne peut s'empêcher de rapprocher ce fait de ce qui se passe dans le chylothorax congénital où une seule ponction suffit souvent pour tarir l'épanchement.

Mais le cas de KAMIENSKI est une exception car il a fallu plusieurs ponctions évacuatrices chez tous les autres enfants : sept pour COWIE, cinq pour M. LAUNAY, cinq pour WINIWARTER.

Quant à WEGNER, BLUME, BOSSARD, ils indiquent simplement que le liquide a été évacué à plusieurs reprises.

Deux tentatives ont été faites pour empêcher le liquide de se reproduire trop rapidement :

— Par M. LAUNAY qui insuffle 75 cc. et 80 cc. d'air stérile dans la cavité péritonéale, après évacuation partielle du liquide. Cet air persiste un mois après, mais sans aucune influence sur la reproduction de l'épanchement.

— Par BOSSARD qui insuffle 700 cc. d'oxygène après évacuation totale du liquide : l'épanchement ne se reproduit pas et l'enfant quitte l'hôpital cinq semaines après, guéri.

En règle générale, le liquide s'est toujours reproduit et on en a retiré des quantités variables, selon les sujets. Si BLUME et BOSSARD en retirent à peine un litre, par contre WINIWARTER nous donne un total de plus de douze litres. Entre ces deux extrêmes, les autres auteurs citent des chiffres moyens de 2 l. 500.

La durée de l'évolution a été la plus longue dans le cas de M. LAUNAY : l'ascite a disparu alors que l'en-

fant avait trois ans et demi. Par contre, KAMIENSKI a vu son malade guéri en trois mois et PAGENSTECHER en cinq mois. Dans les autres cas la guérison a été obtenue dans un délai de huit à douze mois.

Cette évolution est toujours apyrétique : une ascension thermique indique une aggravation comme ce fut le cas de PAGENSTECHER, le malade ayant mal supporté l'évacuation du liquide.

Nous avons donc vu, au cours de ce chapitre, avec quelle rapidité le liquide se reformait après chaque ponction et que des quantités parfois considérables ont été retirées.

Nous avons vu, par ailleurs, la richesse de ce liquide en substances indispensables à l'organisme sous forme de matières grasses, sucre, sels minéraux.

Une question vient alors naturellement à l'esprit : comment l'enfant supporte-t-il cette frustration que représente pour lui la fuite d'une grande partie de son chyle dans la cavité péritonéale ?

M. LAUNAY nous donne la réponse suivante en ce qui concerne son malade : « Bien dans les premières semaines, il se développe, s'éveille comme un enfant normal, grandit, grossit. Il a deux dents à quatre mois, mais ses membres restent très émaciés et le poids qu'on lui trouve (7 kgs. 200) ne signifie rien puisqu'il faudrait en soustraire le poids considérable que représente un volume supérieur à un litre d'ascite chyleuse ».

Mais à l'âge de sept mois et demi apparaît un chapelet rachitique costal, bilatéral. On pratique alors plusieurs injections sous-cutanées de vitamine D2 et à l'âge de dix-huit mois l'aspect général de l'enfant est bon : le chapelet costal a disparu, jambes presque normales, mais il reste encore une petite déformation.

WINIWARTER et KAMIENSKI constatent également que leurs malades supportent bien la perte d'une importante quantité de chyle mais ils estiment que cela est

dû au fait qu'une partie du liquide épanché est récupéré au profit de l'organisme par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale.

Dans les autres cas, les enfants ont bien supporté cette perte de chyle, aucun auteur ne signale de l'amaigrissement ou un trouble profond du développement.

Cette résistance de l'enfant a été aussi remarquée dans les observations de chylothorax congénital; mais elle s'oppose à ce que l'on voit dans le chylothorax traumatique où l'on note une chute du taux urinaire, un abaissement de la température centrale, un amaigrissement rapide et intense.

Un dosage comparatif de vitamine A dans le sang et dans le liquide a montré l'absence de cette vitamine dans le sang, mais elle était présente dans le liquide au même taux que le taux sanguin normal (LAUNAY).

Les injections sous-cutanées de vitamine D2 ont pallié à cette perte et le résultat a été excellent sur la courbe du poids et l'aspect de l'enfant.

Quel a été le comportement ultérieur de tous les enfants déclarés cliniquement guéris ?

Il nous est malheureusement impossible de répondre à cette question, sauf en ce qui concerne les cas de WEGNER et de M. LAUNAY.

Le premier a revu son ancien malade cinq mois après sa guérison et un examen attentif ne révéla plus aucune trace de liquide et la croissance de l'enfant se faisait normalement.

Quant à l'ancien malade de M. LAUNAY, nous l'avons revu au mois de janvier 1946. C'est un magnifique enfant âgé de six ans, d'un poids de 20 kgs. 500.

L'examen de l'abdomen montre une paroi flasque mais aucun signe clinique de présence de liquide.

Le développement physique et intellectuel se fait normalement.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous en arrivons au chapitre le plus difficile et le plus obscur de cette affection.

Plusieurs questions se posent :

— Quelles sont les raisons anatomiques et physiologiques qui permettent au chyle de se déverser dans la cavité péritonéale ?

— Le cas échéant, peut-on apprécier médicalement ou chirurgicalement l'étendue de la lésion ?

Avant d'aborder ces questions, nous allons rappeler brièvement la disposition anatomique des chylifères diaphragmatiques.

Les capillaires lymphatiques en s'anastomosant constituent les réseaux d'origine des lymphatiques diaphragmatiques. On en distingue deux :

— *Le réseau supérieur ou sus-diaphragmatique* qui se présente d'une manière différente sur la partie charnue du diaphragme et sur le centre phrénique.

Sur la partie charnue, le réseau se décompose en un réseau superficiel pleural et un réseau profond sous-pleural.

Sur le centre phrénique, il n'y a pas de réseau lymphatique dans la région recouverte par le péricarde.

— *Le réseau sous-péritonéal* formé de mailles serrées sur la partie charnue. Toutefois les lymphatiques ne sont pas uniformément répartis sur la région musculaire du diaphragme, ils sont plus rares en regard

des gros vaisseaux sanguins que dans leur intervalle. Le réseau péritonéal est unique sur toute l'étendue du péritoine diaphragmatique.

A travers le muscle existent des canaux qui unissent les lymphatiques sous-péritonéaux aux vaisseaux sous-pleuraux. Cela explique la propagation possible des affections inflammatoires du péritoine sous-phrénique à la plèvre et inversement.

Les troncs collecteurs sous-diaphragmatiques aboutissent à un seul tronc qui est le canal thoracique. Ce dernier débute souvent par une partie dilatée, la citerne de Pecquet et se termine dans le confluent jugulo-sous-clavier.

On reconnaît aujourd'hui que, normalement, il n'y a pas de communication directe entre les lymphatiques péritonéaux et la cavité péritonéale (H. ROUVIÈRE).

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer le passage du chyle dans cette cavité.

BRUCHSALER admet que dans son cas il s'est produit une stase dans le système lymphatique et que le chyle a pu traverser la paroi des vaisseaux par transsudation.

SCHALL émet la même opinion, mais les raisons qu'ils donnent pour expliquer cette stase ne semblent pas suffisantes : le premier a trouvé un diverticule au niveau du cardia dont les parois étaient œdématiées et qui aurait entraîné un trouble mécanique dans la circulation de la lymphe; le deuxième s'appuie sur la présence d'un diverticule de Meckel d'une longueur anormale.

Cette transsudation du chyle à travers les parois des chylifères, par compression, a été admise par beaucoup d'auteurs. D'après WIDAL et MERKLEN, il y aurait d'abord stase lymphatique, une augmentation de la pression dans les voies lymphatiques tributaires du canal thoracique et dilatation de ces canalicules.

Jousset, dans sa thèse, admet également la possibilité de cette transsudation, mais il lui préfère le terme de diapédèse.

M. Weber en publiant un cas d'ascite chyliforme accompagnant un volvulus de l'intestin grêle chez un nourrisson dit : « Il semble naturel de penser que l'excès de pression produit au niveau des lymphatiques de la portion du grêle volvulée a pu amener une transsudation chyleuse à travers les parois de ces vaisseaux. En tout cas, la détorsion de l'anse a suffit pour tarir l'écoulement chyleux ».

Dans un deuxième groupe, nous classerons les opinions de Winiwarter et de Cowie qui pensent que la stase dans l'appareil lymphatique a pu produire la rupture d'un chylifère. Si le premier n'essaye pas d'expliquer la raison de cette stase, le second, par contre, pense que le cœur droit de son malade, un peu augmenté de volume, exerce une pression sur la veine sous-clavière ce qui gêne l'écoulement du chyle et produit la rupture d'un cylifère au niveau du diaphragme.

F. Huber et H. Silver ainsi que G. Nieuwondt et R. Rozenzweig signalent également qu'une gêne à l'écoulement de la lymphe dans la veine sous-clavière peut provoquer un épanchement chyleux dans le péritoine.

L'hypothèse la plus vraisemblable qui a été émise le plus souvent, est celle d'une malformation congénitale de l'appareil lymphatique.

Schall pense à une malformation du canal thoracique, mais il ne trouve aucune preuve anatomique, ni au cours de la laparotomie, ni plus tard, à l'occasion de l'autopsie. Quant à Blume, il fonde sa conviction sur le cas de Wegner où la guérison a pu être obtenue par une anastomose péritonéo-veineuse : on a ainsi obtenu un rétablissement du courant lymphatique.

M. Launay suppose qu'il s'agit d'une malformation

congénitale sous forme d'une dilatation kystique qui aurait éclaté au cours de l'accouchement.

Les dilatations kystiques existent et ont été signalées par de nombreux auteurs.

C'est ainsi que PAGENSTECHER note au cours de la laparotomie de son malade : « Les vaisseaux lymphatiques du mésentère sont congestionnés, distendus, il existe de nombreux petits kystes contenant du liquide laiteux, groupés à la racine du mésentère ».

Dans sa thèse sur le chylothorax traumatique, LEJEUNE écrit : « Il est une disposition anatomique qui, pour les auteurs, favoriserait en certains cas la rupture; c'est l'existence, sur le trajet du canal, de renflements ampullaires. Ces sortes de kystes, véritables réservoirs de chyle, siègent de préférence sur sa portion initiale, un peu au-dessus du diaphragme et c'est à leur niveau, comme l'a montré LANGBEIN, que se fait le plus souvent la rupture car, il en est de ces poches « chylangiectasiques » comme des poches « anévrismales » sur la paroi desquelles s'exerce une pression d'autant plus forte que le sac anévrismal est plus considérable ».

MOUCHET admet également l'existence d'une altération pariétale au niveau du canal thoracique et cite les observations de :

HAHN, qui trouve une cavité kystique communiquant avec la plèvre droite par une fente.

OEKEN, qui explique la rupture du canal favorisée par l'existence d'un kyste lymphatique local.

Ces kystes créent ainsi un lieu de moindre résistance et favorisent la rupture du conduit.

L'éclatement de la dilatation kystique serait dû à un traumatisme obstétrical. Telle est l'hypothèse de M. Cl. LAUNAY.

Dans un cas de chylothorax congénital, W. ROTHER admet la possibilité d'un traumatisme au cours d'un

accouchement difficile, ayant entraîné la rupture du canal thoracique ou d'un gros chylifère au niveau d'une malformation congénitale et il ajoute : « Nous avons rencontré de telles anomalies chez un nourrisson qui a fait une invagination et chez lequel on trouva de multiples kystes lymphatiques dans le mésentère ».

Le volume plus ou moins grand du kyste rompu pourrait expliquer :

— l'apparition plus ou moins précoce des signes cliniques d'un épanchement de chyle dans l'abdomen,

— la reproduction plus ou moins rapide de ce liquide après chaque évacuation.

La guérison surviendrait soit par oblitération du chylifère lésé, soit par un développement des collatérales.

Les différentes vérifications faites par SCHALL, BRUCHSALER et BOSSARD n'ont apporté aucune preuve formelle de l'existence de cette rupture d'un chylifère.

BOSSARD note seulement que l'appareil lymphatique était peu développé. Nous ne reviendrons pas sur l'œdème péri-œsophagien noté par BRUCHSALER et sur la longueur anormale du diverticule de Meckel dans le cas de SCHALL.

M. LAUNAY a essayé d'apprécier médicalement l'étendue de la communication entre les chylifères et la cavité péritonéale.

A cet effet, il fait absorber à l'enfant, avec son lait, 2 mgr. de B. carotène (2.000 unités) dissous dans 2 cc. d'huile d'olive; il a cherché ensuite la teneur en carotène et vitamine A du liquide d'ascite, une heure puis deux heures après l'ingestion du lait :

Avant l'ingestion ..... carotène 14
Vit. A .... 47 unités %

1 heure après l'ingestion . carotène	12	
Vit. A	58	unités %
2 heures après l'ingestion . carotène	10	
Vit. A	48	unités %

Les résultats n'ont pas été probants.

MOUCHET conseille l'administration d'une graisse colorée et la rechercher ensuite dans le liquide.

PRONOSTIC

Aucun élément ne peut servir de base pour un pronostic au cours de l'évolution.

La date d'apparition du liquide ne joue guère : nous avons vu diagnostiquer sa présence dans la cavité péritonéale dès la naissance (LAUNAY, WEGNER) ; dans les autres cas il apparaît seulement dans les trois premiers mois de l'existence. Dans un cas comme dans les autres, l'évolution s'est faite vers la guérison.

L'abondance de l'épanchement ne signifie rien car si, pour KAMIENSKI une seule évacuation de 750 cc. a été suffisante pour amener la guérison, il a fallu ponctionner à plusieurs reprises dans tous les autres cas et évacuer des quantités parfois considérables de liquide (douze litres pour WINIWARTER).

Dans toutes nos observations la reproduction du liquide a été rapide et ne peut servir de critère.

Il n'en reste pas moins vrai que dans deux cas, l'issue a été fatale, à la suite d'une laparotomie exploratrice qui, par ailleurs, a été très bien supportée.

Cela fait une perte de 24 % et il n'est pas possible de nier la gravité de l'affection.

Une perte progressive du poids de l'enfant et surtout l'apparition de la température semblent devoir assombrir le pronostic.

Comparativement, l'affection semble moins grave que le chylothorax congénital et surtout le chylothorax traumatique.

TRAITEMENT

Les traitements les plus divers, et surtout contradictoires, ont été proposés, ce qui n'est pas surprenant étant donné la rareté de l'affection.

Ils avaient tous pour but :

— d'empêcher le liquide de s'écouler dans la cavité péritonéale par un rétablissement du courant lymphatique,

— de ralentir la reproduction de l'épanchement,

— de parer à la frustration des substances nécessaires à l'organisme et qui sont contenues dans le chyle.

La ponction évacuatrice n'a rien donné, contrairement à ce que l'on voit souvent dans le chylothorax congénital qui peut guérir après la première évacuation du liquide. Seul le petit malade de KAMIENSKI a pu guérir après une seule ponction de 750 cc. de liquide. Dans tous les autres cas il a fallu recourir à des ponctions répétées.

Certains auteurs pensent qu'il faut ponctionner le moins souvent possible car l'organisme récupère une partie des substances contenues dans le chyle épanché, par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale. WEGNER note que les ponctions ont conduit à une perte du poids et à une aggravation de l'état général de l'enfant et que seule l'opération chirurgicale a été efficace.

Des tentatives ont été faites pour ralentir la reproduction du liquide par la création d'un pneumopéritoine :

— par M. LAUNAY qui injecte en deux fois 75 cc. et 80 cc. d'air stérile dans la cavité abdominale après évacuation partielle du liquide,

— par BOSSARD qui injecte 700 cc. d'oxygène, mais après une évacuation totale du liquide.

Dans le premier cas, cette thérapeutique n'a eu aucune influence sur l'épanchement qui s'est reproduit rapidement, mais elle a été efficace dans le second : l'enfant a guéri rapidement, le liquide ne s'étant plus reproduit.

Dans son travail sur le traitement des ascites par la pneumoséreuse, E. WEIL note : « L'injection d'air permet d'obtenir un ralentissement de la production du liquide. Sur six cas de péritonites tuberculeuses traités de cette manière, trois guérisons complètes, trois insuccès; mais dans cinq cas sur six, la pneumoséreuse a tari plus ou moins rapidement l'épanchement péritonéal ».

La plupart des auteurs ayant admis l'existence d'une malformation congénitale de l'appareil lymphatique, sont intervenus chirurgicalement, et s'ils ne trouvent pas cette malformation, ils notent, par contre, l'influence curative de la laparotomie. Elle serait due à des modifications survenues à l'appareil lymphatique (BLUME, PAGENSTECHER).

Mais cette simple intervention n'est pas sans danger puisqu'elle compte à son passif les deux seuls décès que nous avons notés sur les onze cas recueillis.

Indiscutablement, c'est WEGNER qui obtient le meilleur résultat chirurgical. Il pratique d'abord une laparotomie exploratrice mais ne trouve rien qui puisse expliquer l'ascite. Pendant les deux mois suivants, plusieurs ponctions sont nécessaires pour évacuer le liquide. Il pratique alors une anastomose péritonéo-veineuse en faisant aboucher le cul-de-sac vagino-péritonéal dans la veine saphène. L'enfant supporte bien l'intervention,

guérit rapidement : revu à l'âge d'un an, on ne trouve plus aucune trace de liquide.

Dans le cas de M. LAUNAY, une intervention analogue a été tentée à l'hôpital Bretonneau par le Docteur LEVEUF : après dénudation de la vaginale et de la veine saphène, cet abouchement se révéla impossible, surtout à cause du volume réduit de la veine.

Nous pouvons donc résumer jusqu'ici :

— La ponction évacuatrice est insuffisante pour amener une guérison rapide.

— L'efficacité de la laparotomie n'est pas démontrée et elle est dangereuse.

— L'anastomose péritonéo-veineuse semble la solution idéale, en permettant au chyle épanché de revenir dans la circulation générale.

La question du régime alimentaire a été posée dans tous les cas d'épanchements chyleux : certains auteurs conseillent une alimentation riche en graisses pour remplacer celles que le malade perd par les ponctions évacuatrices; d'autres, au contraire, préconisent leur suppression afin de diminuer la production du chyle et les remplacent par une alimentation très riche en sucre. C'est également la conclusion de MOUCHET dans sa thèse.

Comme nous l'avons vu dans le cas de M. LAUNAY, un dosage comparatif de carotène et de vitamine A dans le sang et dans le liquide a montré l'absence de cette vitamine dans le sang et sa présence dans le liquide. Des injections sous-cutanées de vitamine A en solution huileuse ont pu parer à cette frustration et obtenir un excellent résultat sur la courbe du poids et sur l'aspect général de l'enfant.

OBSERVATIONS

Ces observations, à part celle de Monsieur LAUNAY que nous plaçons en tête, sont résumées et classées par date de publication.

OBSERVATION I

M. Cl. LAUNAY, MM. GOURY-LAFONT, R. HENRI

(Chylopéritoine s'étant constitué dès la naissance. Malformation probable des chylifères abdominaux. *Bull. Soc. Péd.*, Paris, 1941, p. 163).

Bernard G..., naît le 26 octobre 1940; l'accouchement est normal, le travail dure 15 heures, le liquide amniotique normal, délivrance artificielle après une heure.

Poids 3 kg. 930, mais l'enfant présente un abdomen volumineux. Il augmente vite de volume et 48 heures après la naissance, il est étalé sur les flancs et mou comme après une ascite ponctionnée.

Les bourses sont augmentées de volume, mais seul le testicule droit est perçu.

La palpation du ventre est très facile, car la paroi n'offre aucune résistance, mais les muscles existent.

Le foie et la rate sont normaux.

L'examen radioscopique montre, en position couchée, la clarté d'un gros intestin normal, non dilaté, mais occupant seulement la partie médiane de l'abdomen, dont les parties latérales sont

par contre opaques. Cette image fait éliminer le diagnostic de mésacolon.

Un mois après sa naissance, le nourrisson, toujours nourri au sein, prend régulièrement du poids. Le pannicule adipeux fait toujours défaut comme le montre la conservation du pli de la peau.

Au deuxième mois, l'augmentation du poids n'étant plus aussi régulière, un allaitement mixte est institué.

Le 14 janvier, le ventre est beaucoup plus tendu, proéminent ; les bourses volumineuses et tendues.

La matité déclive très nette.

L'examen radioscopique montre une opacité déclive, occupant la moitié inférieure de l'abdomen, opacité à limite supérieure légèrement concave vers le haut et mobile avec les changements de position.

Une ponction exploratrice ramène un liquide blanc ayant l'aspect du lait.

Vu au microscope, à l'examen direct, il montre la présence de nombreux corpuscules animés de mouvements browniens et l'absence de globules volumineux. Rares leucocytes. On trouve seulement un petit nombre de macrophages. Pas de germes microbiens.

L'inoculation au cobaye ne tuberculise pas celui-ci, après six semaines.

Examen chimique.

Densité : 1016 ; Ph : 8.

Centrifugation : Le liquide garde un aspect homogène, le culot ne présente que quelques éléments organisés.

Etrait sec : 90 gr 70 %

Cendres : 5 gr. 09

Lipides :

Matières grasses totales	41 gr. 55
Acides gras	34 gr. 22
Cholestérol total	1 gr. 38

Protides :

Protides totaux	42 gr. 38
Sérine	35 gr. 53
Globuline	6 gr. 85
Urée	0 gr. 15

Glucides :

Glucose	1 gr. 13
Chlorures	6 gr. 43
Calcium	0 gr. 82
Sodium	1 gr. 98
Potassium	0 gr. 06
Phosphore total	0 gr. 179

Le liquide ne coagule pas spontanément mais coagule par addition de sérum frais.

28 *Janvier* 1941 : Ponction évacuatrice qui retire un litre de liquide semblable à du lait. On peut alors, à nouveau, palper facilement les organes intra-abdominaux ; les bourses reprennent leur aspect presque normal.

Malgré l'absence de tout symptôme d'hérédo-syphilis, un traitement mercuriel par frictions et suppositoires est institué.

L'ascite se reconstitue très rapidement.

A cinq mois et demi, taille normale, ne vomit pas.

10 *Avril* 1941 : Nouvelle ponction exploratrice qui donne les résultats chimiques suivants :

Extrait sec	77 gr. 54
Cendres	2 gr. 64
Lipides totaux	32 gr. 60
Acides gras	22 gr.
Protides totaux	39 gr. 70
Urée	0 gr. 23
Glucose	1 gr. 03

Liquide ne coagulant pas spontanément, ni par addition de sérum frais.

Sang : lipides 9 gr. 90.

Indice d'iode :

dans le lait : 28

dans le liquide, 2 heures après ingestion du lait : 48,6.

Bordet-Wassermann : négatif.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Antécédents héréditaires : normaux.

2 *Mai* 1941 : On retire 350 cc. de liquide et on injecte 75 cc. d'air stérile. Cet air persiste encore un mois après sans aucune influence sur la reproduction du liquide.

9 *Mai* 1941 : Poids : 7 kg. 480.

On retire 200 gr. de liquide et on injecte 80 cc. d'air. L'enfant reçoit 1/3 da'mpoule de stérogyl 15.

23 *Mai* 1941 : Poids 7 kg. 950.

L'enfant paraît beaucoup plus prospère : les membres et le thorax sont beaucoup plus développés.

Il n'a plus cette émaciation constatée antérieurement ; cela paraît dû à l'injection de stérogyl 15.

Il semble que la dyspnée n'augmente pas.

L'ensemble du liquide et de l'air a atteint une tension d'équilibre qui évite la surproduction du chylopéritoine.

9 *Juin* 1941 : Poids 8 kg. 500.

Le ventre reste gros et tendu mais ne semble pas avoir augmenté de volume.

L'enfant est beaucoup plus gai, vif ; deux dents en bas ; chapelet rachitique costal bilatéral important.

9 *Juillet* 1941 : Poids 9 kg. 450.

Intervention à l'hôpital Bretonneau par le Docteur Leveuf, qui se propose d'aboucher le cul-de-sac vagino-péritonéal dans la veine saphène droite.

Après dénudation de la vaginale et de la veine saphène, cet abouchement se révèle impossible surtout à cause du volume réduit de la veine.

19 *Septembre* 1941 : Poids 10 kg. 010.

Il semble que le ventre n'augmente plus de volume ; l'abdomen

est moins tendu. L'essoufflement n'est pas plus grand. Chapelet costal aussi accentué.

28 *Novembre* 1941. L'abdomen est ponctionné et on retire 1 litre 100 de liquide.

14 *Mars* 1942 : Poids 11 kg. 200.

Aspect général bon. Plus de chapelet costal. Jambes presque normales, mais il reste encore une petite déformation. 12 dents. Ventre identique.

19 *Juin* 1942 : Poids 11 kr. 100.

Ventre sans grand changement. Marche depuis 3 jours (20 mois). Ponction d'un litre de liquide.

2 *Mars* 1944. L'enfant a maintenant 3 ans et 5 mois.

Taille : 91 cms.

Poids : 16 kg. 500.

Développement intellectuel normal. Toutes les dents y compris les prémolaires.

Gros ventre étalé mais pas très tendu. Un scrotum distendu : chylocèle congénital.

Pas de rachitisme thoracique. Thorax beaucoup moins déformé. Croissance normale.

5 *Mai* 1944.

Depuis quinze jours le ventre se dégonfle de façon très rapide : il est flasque et la peau est très pigmentée.

Poids : 15 kg. 200.

OBSERVATION II

WINIWARTER (A. VON)

(Chylangioma cavernosum in abdomine. *Jahr. für Kinderh II.* p. 196, 1877).

Johanna L..., septième enfant, les six autres décédés. Gros ventre dès la naissance et le médecin diagnostique une tumeur abdominale et déclare l'enfant non viable.

Mais le nouveau-né se développe bien et son ventre augmente progressivement de volume. sans autres signes pathologiques.

A l'âge de quatre mois. vomissements; grosse gêne respiratoire et hospitalisation.

Examen physique.

Enfant peu développé, face cyanosée.

Thorax très évasé à sa base.

Abdomen :

Mesure 65 cms de diamètre, est tendu, asymétrique, l'hypocondre droit est plus saillant que le gauche. Palpation impossible. Matité sur les côtés, variant avec la position du petit malade. Présence de liquide.

Une ponction permet d'évacuer 3 litres de liquide laiteux et la palpation est rendue possible. On perçoit une petite masse dans l'hypocondre droit, s'appuyant sur le diaphragme. Sa consistance est celle d'un kyste.

Le liquide se reforme très rapidement et 15 jours après, nouvelle ponction de 3 litres, suivie de quatre autres évacuations en l'espace de quatre mois.

Dans l'ensemble l'état général est bon. La tumeur abdominale persiste après chaque évacuation; elle est molle, formée de plusieurs parties isolées, son point d'attache inconnu.

Examen du liquide.

Laiteux, se sépare en 2 couches par le repos, la supérieure étant crémeuse.

Réaction alcaline.

Densité : 1012.

Chimie (pour 1.000).

Albumines.	45 gr. 01
Graisses	36 gr. 80
Sucre	0 gr. 20
Chlorures	3 gr. 41
Potassium	0 gr. 24
Sodium	2 gr. 85

Calcium	0 gr. 077
Magnésium	0 gr. 016

Le liquide est donc du chyle et la tumeur serait un kyste chyleux qui comprimerait le canal thoracique.

OBSERVATION III

(Kamienski S.)

(Ueber chylöse Ergüsse in die serösen Höhlen der Korpers in Folge eines Falles von ascites chylosus bei einem Saüglinge. *Jahr B. für Kinderh.* 41, p. 404, 1896)

Stanislas G... Enfant de cinq semaines, de parents bien portants, né à terme, nourri au sein.

Quelques jours après sa naissance la mère et la nourrice remarquent que son ventre augmente progressivement de volume ce qui entraîne son hospitalisation.

Examen d'entrée.

Enfant normal; poumons normaux, œur rien à signaler. Pas d'œdème des extrémités.

Abdomen.

Très gros, surtout au niveau de l'épigastre,

ombilic saillant,

peau lisse, luisante,

circulation collatérale importante,

tympanisme au-dessus de l'ombilic et matité partout ailleurs : cette matité change avec les différentes positions de l'enfant,

présence indiscutable de liquide,

foie et rate normaux.

Une ponction de l'abdomen permet de retirer 750 cc. de liquide blanc-jaunâtre, comme du lait. Il en résulte une amélioration très nette de l'état de l'enfant, mais vomissements et dyspnée.

Un mois après cette ponction, le ventre augmente à nouveau de volume, mais quinze jours après il diminue spontanément.

Finalement guérison avec disparition complète du liquide et de la circulation collatérale.

Examen du liquide.

blanc laiteux, sans odeur, alcalin,

densité : 1.007,

couche crémeuse après le repos,

se putréfie le cinquième jour à la température ordinaire.

Au microscope.

Présence de corpuscules réfringents,

quelques cellules graisseuses, analogues à celles du lait,

quelques lymphocytes,

par addition d'éther, on obtient un amas de cellules graisseuses,

pas de B. K.

Chimie.

Graisses	4 gr. 756 %
Albumines	2 gr. 297 %
Chlorures	0 gr. 195 %
Sucre	traces

C'est donc une ascite chyleuse et l'auteur suppose qu'elle existait déjà pendant la période fœtale car aucune lésion apparente ne pouvait expliquer sa formation. Pas d'inflammation péritonéale.

OBSERVATION IV

PAGENSTECHER V.-E.

(Ueber ascites chylosus. *Arch. für Klin. Med.*, 75, p. 105, 1902).

Elisabeth U... Accouchement normal, poids 3 kg. à la naissance, se développe normalement les premiers jours.

Augmentation du volume du ventre à partir de la troisième semaine, sans aucune douleur. Respiration difficile. Selles et urines normales.

Est admise à l'hôpital à l'âge de cinq mois et l'examen physique montre :

bon état général, pas de ganglions,

respiration difficile, face cyanosée,

Abdomen.

volumineux,

peau tendue, luisante avec circulation collatérale, mesurant 63 cms. de diamètre au niveau de l'ombilic,

matité dans les flancs à limite supérieure concave. changeant avec la position de l'enfant,

fluctuation très nette.

Une ponction évacue 2 litres 300 d'un liquide laiteux ce qui permet une palpation facile. Foie et rate normaux.

Poumons normaux.

Le lendemain de la ponction, température à 39°2, agitation, selles liquides. Cet état dure quatre jours et à ce moment, le liquide s'est déjà reformé.

Quinze jours après la première ponction, la circonférence de l'abdomen mesure 54 cms.

Une nouvelle ponction retire un liquide analogue au premier et le lendemain, on pratique la laparotomie qui montre :

— un péritoine congestionné,

— la cavité contient du liquide laiteux,

— les vaisseaux lymphatiques du mésentère sont congestionnés, distendus,

— de nombreux petits kystes contenant du liquide laiteux, groupés à la racine du mésentère,

— foie et rate normaux.

Le surlendemain de l'opération, vomissements, selles verdâtres et légère matité dans les flancs.

Dix jours après l'opération, abdomen souple, plus de vomissements et guérison définitive.

Examen du liquide.

— aspect laiteux, inodore.

Au microscope.

— Fine émulsion graisseuse,

— très peu de leucocytes,

— très peu de cellules épithéliales,

— pas de bactéries,

— s'éclaircit complètement par l'éther.

Examens chimiques.

	1er examen	2e examen
Réaction	alcaline	alcaline
Densité	1013	1014
Extrait sec	7 gr. 714 %	7 gr. 917 %
Graisses	2 gr. 854	2 gr. 873
Albumines	3 gr. 606	3 gr. 818
Sucre	0 gr. 321	0 gr. 319
Cendres	0 gr. 827	0 gr. 824
Chlorures	0 gr. 361	?

OBSERVATION V

Cowie D.-M.

(The casuistry of chylous ascites and chylocele in sucklings and very young infants, with report of a case. *Arch. of Ped.*, p. 594, 1911).

Enfant de sept semaines.

Accouchement au forceps chez une primipare âgée.

Dès la naissance, le ventre paraît gros, mais l'enfant se développe normalement jusqu'à la cinquième semaine, ensuite vomissements.

L'examen montre une masse abdominale, ne changeant pas de position avec les mouvements du petit malade.

Le scrotum est tuméfié.

La radio montre un transit intestinal normal.

Une ponction exploratrice ramène 15 cc. d'un liquide laiteux contenant du sucre et des graisses (9 gr., 2 %).

Dans les cinq mois qui suivirent, sept nouvelles ponctions avec un total de 2 litres 340 de liquide laiteux.

Guérison finale.

OBSERVATION VI

SMIDT VAN GELDEN J.-H.

(Ueber einen Fall von ascites chylosus. *Zentralblatt für Kind*, p. 273, 1920).

Il s'agit du cinquième enfant de parents bien portants, qui présentait un gros ventre à la naissance.

Accouchement normal, nourri au sein.

L'abdomen augmente progressivement de volume, sans aucun autre signe pathologique et son examen a montré la présence de liquide dans la cavité péritonéale.

Une ponction a été nécessaire à l'âge de deux mois et on a retiré un litre de liquide laiteux. Plusieurs autres ponctions furent pratiquées vers l'âge de dix mois.

Chaque accumulation de liquide était précédée de vomissements, cyanose, vertiges, mais l'état général se rétablit rapidement après chaque évacuation.

A l'âge de onze mois, amélioration brusque, l'ascite disparaît et la guérison est totale.

Examen du liquide.

— Aspect laiteux, odeur de lait,

— après le repos, il se forme une couche de crême,

— réaction légèrement alcaline.

Au microscope.

— Présence de leucocytes,

— nombreux corpuscules animés de mouvements browniens.

Examens chimiques.

	1ère analyse	2e analyse
Graisses	17 gr. 73 %	8 gr. 72 %
Albumines	2 gr. 81	4 gr. 45
Sucre	traces	0 gr. 5
Cendres	0 gr. 79	0 gr. 65

L'étiologie n'est pas claire : on a invoqué successivement tumeur, tuberculose, infection, filariose (l'enfant était né aux Indes Néerlandaises).

Peut-être s'agit-il de stase lymphatique avec malformation des vaisseaux chylifères ?

OBSERVATION VII

SCHALL L.

(Ascites chylosus beim Säügling. *Monastch für Kind.*, p. 34, 1922)

Il m'a été donné d'observer le cas d'un nourrisson de quatre mois, le quatrième enfant de parents bien portants. Les sœurs sont très bien portantes.

La naissance s'est faite normalement, à terme et l'enfant s'est développé normalement jusqu'à l'âge de deux mois.

Lors du passage à la nourriture artificielle, il s'est produit une forte constipation qui a été traitée par des lavements. On lui prescrivait du lait entier coupé à 50 % de lait écrémé.

Quand l'intestiin fut redevenu normal, les parents remarquèrent, cinq semaines après, que celui-ci augmentait fortement de volume.

L'enfant est alors admis à l'hôpital, et son examen montre :

— Poids : 6 kg. 940.

— Température : 36°8.

— La musculature est flasque, les plis graisseux sont bien développés.

— Le thorax est évasé à sa base.

— Le creux épigastrique est rempli par le foie qui déborde le rebord costal.

— Le cœur, comme l'a montré la radioscopie est couché presque horizontalement.

— Dyspnée intense.

— Le ventre s'étale sur les côtés, parcouru par une circulation collatérale intense. Tympanisme au niveau du creux épigastrique, mais de la matité partout ailleurs. Il est tendu à tel point qu'aucune palpation n'est possible.

La radioscopie, a orienté le diagnostic soit vers une sténose, soit vers une torsion du colon ou du rectum. On trouve le colon rempli de gaz.

Une ponction évacuatrice, n'amène aucun soulagement car le liquide se reforme immédiatement. Une sonde introduite dans le rectum ne ramène ni gaz, ni matières.

On a pensé d'abord a un mégacolon congénital, mais il ne donne pas une ascite aussi intense et se reproduisant aussi vite.

Le diagnostic n'étant pas fait, un chirurgien est appelé le troisième jour; il conseille l'intervention.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un liquide laiteux homogène. Le péritoine était normal ainsi que l'appendice.

L'examen du liquide au microscope montra :

— de nombreux lymphocytes,

— beaucoup de corps gras,

— cellules péritonéales desquamées,

— la culture a été négative, aucun germe.

L'examen chimique n'a pas été fait mais l'homogénéité du liquide et son aspect microscopique sont en faveur d'un épanchement chyleux.

C'est avec de petites quantités de lait de femme qu'il a été possible de maintenir l'enfant jusqu'au 25 novembre. A cette date, il s'est produit une insuffisance cardiaque qui, malgré tous les traitements, amena la mort le 28 novembre, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération.

Autopsie.

Aucune lésion anatomique n'a pu être trouvée pour expliquer l'ascite. Le diverticule de Meckel était d'une longueur anormale, mesurant 1 cm. 5.

OBSERVATION VIII

BRUCHSALER S.

(Uber ascites chylosus im Saüglingsalter.
Monatsch für Kind., 45, p. 439, 1929).

Garçon de quatre mois et demi, jumeau. L'autre jumeau normal. Parents bien portants ainsi que deux sœurs. Aucune maladie. Accouchement normal ; poids 3 kgs. 500, bien développé.

Quatorze jours avant son hospitalisation, l'alimentation est devenue difficile, avec renvois, vomissements, diarrhée. Les parents remarquent que l'abdomen augmente de volume et devient tendu.

Examen à l'entrée.

— Poids : 4 kgs. 800.

— Température : 36°6.

— Taille : 59 cm.

— Abdomen : 48 cm.

L'enfant est sous-alimenté, la peau et les muqueuses sont pâles, la musculature est flasque. Œdème au niveau des paupières ; ganglions palpables mais non augmentés de volume.

Grande fontanelle non tendue.

Pas de signes osseux de rachitisme.

Une légère sécrétion s'écoule de l'oreille gauche alors que l'oreille droite est normale, de même que la cavité buccale.

Thorax :

Angle épigastrique plus arrondi.

— La limite inférieure des poumons est élevée, mais ils sont normaux de même que le cœur.

Abdomen :

— Très volumineux, mesurant 48 cm. au niveau de l'ombilic,

forte tension, circulation collatérale importante, fluctuation très nette, matité dans les flancs et tympanisme à la partie supérieure de l'abdomen.

— Palpation impossible.

Les rayons X ne montrent rien de pathologique. Hernie inguinale gauche.

Urines normales.

Sang :

Hémoglobine	53 %
Globules rouges	3.400.000
Globules blancs	19.000
Eosinophiles	1 %
Lymphocytes	50 %
Monocytes	2 %

On pratique une ponction évacuatrice de 550 cc. d'un liquide blanchâtre. La palpation est rendue possible et montre un foie mou, dépressible, non augmenté de volume.

Il s'ensuit une amélioration de l'état général, l'alimentation devient plus facile. Les jours suivants l'œdème disparaît.

Examen du liquide :

Au microscope :

— beaucoup de graisse,

— peu de lymphocytes,

— pas de bactéries, cultures négatives.

Chimie :

— densité	1009
— réaction	alcaline
— graisse totale	6,6 ‰
— cholestérine	86,9 ‰
— phosphore anorganique	5,9 mgr. %
— phosphore organique	3,3 mgr. %
— azote total	254,8 mgr.
— glucose	0,084 %

Inoculation au cobaye négative en ce qui concerne la recherche du B. K.

Nouvelle rechute, tension abdominale plus grande et trois nouvelles ponctions de 40, 42 et 44 cc. L'alimentation est difficile, régurgitation, vomissements.

Une laparotomie est alors pratiquée.

A l'ouverture de l'abdomen il s'en échappe un liquide laiteux ; le péritoine est injecté, pas de dépôt de fibrine. Reins légèrement hémorragiques, foie normal, estomac normal.

L'opération est bien supportée, mais quelques jours après, défaillance cardiaque et mort.

Autopsie.

— adhérences du foie à la paroi abdominale,

— sérosité laiteuse abondante,

— foie et rate augmentés de volume,

— tube digestif normal,

— au niveau du cardia, un diverticule gros comme un petit pois dont les parois sont œdématiées et duquel rayonnent des tractus d'œdème péri-œsophagien,

— canal thoracique difficile à disséquer.

OBSERVATION IX

WEGNER E.-S.

(Congenital chylous ascites.
Am. J. diseases of children, p. 586, 1934).

R... T..., garçon de cinq mois sans aucun antécédent familial. Dès la naissance on a remarqué que le ventre était anormalement gros et le scrotum tuméfié. Il pesait 4 kgs. 422 et l'abdomen mesurait 48 cm. 26 de circonférence.

L'enfant est vu à l'âge de cinq mois en raison des vomissements et de l'abdomen qui a augmenté progressivement de volume.

L'examen montre :

— un abdomen trop volumineux pour l'âge de l'enfant, ayant la forme d'un ballon de rugby,

— le scrotum est bombé irrégulièrement, enfouissant le pénis ; il contient du liquide que l'on refoule facilement dans l'abdomen,

— la cavité abdominale contient du liquide, la paroi est tendue,

— le diaphragme est refoulé vers le haut ainsi que les poumons et le cœur,

— poids : 9 kgs. 100, taille : 64 cm. 7, abdomen : 61 cm.

L'examen du sang :

— Hémoglobine ..... 58 %

— Globules rouges 4.090.000

— Globules blancs 7.200

— Polynucléaires ..... 58 %

— Petits lymphocytes ..... 30 %

— Grands lymphocytes ..... 12 %

La radio montre un transit intestinal normal et aucune tumeur abdominale.

Le troisième jour de l'hospitalisation, on fait une laparotomie exploratrice qui permet d'évacuer un litre de liquide laiteux. En raison de l'âge de l'enfant on ne recherche pas l'origine de l'épanchement.

Le petit malade quitte l'hôpital sept jours après l'intervention, en bonne condition, mais pendant deux mois on doit le ponctionner régulièrement tous les quinze jours.

L'auteur cite un cas de Morse d'ascite chyleuse chez un adulte, guérie par l'abouchement du cul-de-sac vagino-péritonéal dans la veine saphène (*Boston Med. and S. Jour.*, p. 294, 1912).

Une intervention analogue est pratiquée sur l'enfant et amène une guérison rapide. Il est revu à l'âge d'un an en bonne condition physique, sans aucune augmentation du volume du ventre.

OBSERVATION X

BLUME C.

(Ueber ascites chylosus beim Saügling. Seine Heilungsaussichten und seine Beziehung zur Elephantiasis.
Kind. Praxis., 8, p. 345, 1935).

Il s'agit d'un nourrisson de quatre mois.

Poids à la naissance : 4 kgs.; accouchement normal; parents bien portants ainsi qu'une sœur de six ans.

A la naissance, double fracture costale et œdème des pieds. Il est traité pour cet œdème, mais au cours du traitement, on découvre une ascite qui est d'abord ponctionnée, ensuite laparotomie. Cette dernière montre une ascite laiteuse avec foie augmenté de volume, mais sans modification pathologique. Pas d'examen approfondi de l'abdomen.

L'enfant quitte l'hôpital mais revient à nouveau à l'âge de quatre mois pour anasarque, perte d'appétit, dyspnée et vomissements.

L'examen à son entrée montre : (13 août 1934)

— enfant bien développé pour son âge,
— dyspnée et cyanose marquées,
— poids : 5 kgs. 280,
— œdème des jambes, des mains et des paupières,
— *abdomen*
  — tendu. large, mesurant 53 cm.,
  — circulation collatérale à la partie supérieure, ombilic déplissé, météorisme,
  — présence de liquide,
— scrotum et pénis œdématiés,
— poumons normaux à l'auscultation et à la radioscopie.

Examen du sang :

— Hémoglobine . ..... 69 %

— Globules rouges 3.300.000

— Globules blancs 6.000

Urines :

Normales, ni sucre ni albumine.

Le 13 septembre, on fait une ponction exploratrice qui retire 30 cc. de liquide laiteux.

Le 17 octobre, deux nouvelles ponctions pour un total de 220 cc. de liquide laiteux, jaunâtre, inodore.

Examen chimique du liquide :

— Densité 1010

— Graisses ..... 1 %

— Albumines ..... 2,36 %

— Sucre ..... néant

— Cendres 0,785

— Extrait sec ..... 4,41 %

— Azote résiduel ..... 17 mgr. %

Le culot de sédimentation montre quelques leucocytes et quelques grandes cellules isolées.

L'examen physique de l'enfant après la ponction montre un abdomen mesurant 38 cm. avec un foie qui déborde de deux travers de doigts le rebord costal. Reins normaux. Pas de chylurie.

Du 19 octobre au 25, augmentation lente de l'abdomen et le 27, on fait une nouvelle ponction de 250 cc.

Le 13 novembre 1934, aggravation de l'état général, vomissements, constipation, foie très volumineux. Une ponction ne donne aucun résultat.

A partir de cette date, il se rétablit très rapidement.

Il est revu en mars 1935 et l'examen montre un enfant bien développé, pas d'ascite ni œdème ; taille inférieure de peu à la normale. L'abdomen mesure 46 cm. ; poids 8 kgs. 280.

OBSERVATION XI

BOSSARD A.

(Uber « idiopatischen » chylothorax und ascites chylosus im kindesalter.
Jahrb für Kinder, p. 258, 1936-1937).

Lilian Sch..., âgée de onze mois, aucun antécédent familial. Peu après la naissance son ventre augmente de volume et est admise à l'hôpital à l'âge de sept mois.

L'examen montre :

— taille : 68 cm.,

— ventre : 50 cm.,

— *sang* :

globules blancs	14.000
neutrophiles	52 %
lymphocytes	33 %
monocytes	7 %
éosinophiles	8 %

— transit intestinal normal,

— aucun épanchement décelé dans l'abdomen,

— Bordet-Wassermann négatif; cuti-réaction négative.

Après cinq jours d'observation, elle est renvoyée chez elle sans aucune explication de l'augmentation du volume du ventre.

A l'âge de onze mois, l'abdomen devient tendu et un nouvel examen montre qu'il est gros, étalé, ombilic déplissé, circulation collatérale, taille 70 cm., pannicule adipeux peu développé.

Une ponction évacuatrice retire 1 l. 200 de liquide laiteux dont voici les caractéristiques :

— opalescent, orange pâle,

— il se forme une couche de crème après le repos,

— réaction alcaline, Rivalta positif.

Au microscope :

— émulsion homogène,

— globules rouges isolés,
— cellules lymphatiques rares.

Bactériologie :

— aucun microbe,
— cultures négatives.

Chimie :

	Chyle mg. %	*Sérum* mg. %	*Sérum norm.* mg. %
Azote résiduel	26,40	26	20-40
Azote total	630	—	—
Urée	14	—	10-22
Acide urique	1,28	—	2-3,5
Chlorures	621	588	560-600
Phosphates	4,60	4,56	4,5-5
Calcium	8,30	9,30	9-11
Ca/Ph.	1,80	2,03	2-2,5
Albumine	3,92	6,74	5,5-7
Viscosité	1,50	1,62	1,5-2,1
Alb./Glob.	—	52/42	56/70-44/30
Cholestérine totale .	156	164	200
Cholestérine libre . .	20	72	50
Graisse totale	2,90	—	—
Sucre	113	80	50-80

Ces résultats permettent de différencier cet épanchement comme étant du chyle.

Aussitôt après la ponction, amélioration très nette, ventre souple, diminué de volume, mais il existait encore du liquide. Foie et rate non palpables.

L'enfant recevait une nourriture avec peu de graisses et beaucoup d'hydrates de carbone.

Quelques jours après cette ponction, le ventre augmente à nouveau de volume et une deuxième ponction retire 1 l. 200 de liquide. Dix jours après, une troisième ponction est nécessaire et après avoir retiré 1 l. 750 de liquide, on injecte 700 cc. d'oxygène dans la cavité abdominale.

Cinq semaines plus tard, l'enfant quitte l'hôpital et son examen montrait :

— taille : 73 cm., ventre : 48 cm.,

— état général bon,

— pannicule adipeux normal.

Un mois après sa sortie, l'enfant fait une chute et se fracture le crâne, ce qui entraîne la mort très rapidement.

Autopsie :

— Absence de graisse sous-cutanée, les muscles de la paroi sont peu développés ;

— Foie et rate normaux ;

— Canaux lymphatiques non dilatés, nodules lymphatiques gros comme des haricots ; appareil lymphatique peu développé ; canal thoracique intact ;

— aucune lésion anatomique qui puisse expliquer l'ascite chyleuse.

CONCLUSIONS GENERALES

1. — Le chylopéritoine congénital est une affection extrêmement rare. Nous n'avons pu réunir dans la littérature qu'un total de onze observations, sans compter celles qui étaient classées comme telles, mais qui n'offraient aucune certitude quant à la nature chyleuse du liquide.

2. — Au point de vue clinique, il faut retenir :

— que le début est contemporain de la naissance ou dans les toutes premières semaines de la vie,

— que le liquide se reproduit assez rapidement après chaque ponction évacuatrice,

— le diagnostic de la nature chyleuse de l'épanchement ne peut se faire que par la ponction exploratrice. Le liquide ainsi obtenu doit être soumis à une analyse chimique qui montre la présence du sucre et l'abondance des graisses, et à une analyse microscopique qui révèle des fines granulations réfringentes qui sont caractéristiques du chyle.

3. — Aucun élément ne peut servir de base pour un pronostic au cours de l'évolution. Il est en tous cas moins grave que celui du chylothorax congénital car sur les onze cas cités, nous avons neuf guérisons et deux décès.

4. — La pathogénie en est obscure. L'hypothèse émise le plus souvent est celle de rupture d'un kyste

congénital du canal thoracique ou d'un gros vaisseau chylifère, mais elle n'a jamais été démontrée anatomiquement.

5. — *Le traitement.*

— le traitement par ponctions évacuatrices est moins efficace que dans le chylothorax congénital. Il faut évacuer le liquide chaque fois que son abondance devient une gêne pour l'enfant et qui se traduit par des troubles respiratoires et surtout alimentaires.

— les injections d'air dans la cavité péritonéale ne semblent pas ralentir la reproduction du liquide;

— plusieurs cas de guérison rapide ont été observés après une laparotomie exploratrice, mais elle n'empêche pas toujours la reproduction du liquide. Elle est, en outre, dangereuse puisqu'on lui doit les deux seuls décès sur onze cas;

— l'idéal serait l'abouchement du cul-de-sac vagino-péritonéal dans une veine saphène ce qui rétablit le circuit normal de la lymphe dans la circulation générale;

— bien que la perte de grandes quantités de chyle semble bien tolérée par l'enfant, il faut néanmoins remplacer les vitamines perdues par des injections de vitamine cristallisée.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DEBRE

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Assmuss. — (*Diss. Univ. Greifswald*, 1909).

Blume (C.). — Uber ascites chylosus beim Saugling. Seine Heilungsaussichten und seine Beziehung zur elephantiasis. (*Kind. Praxis*, 8, p. 345, 1935).

Bossard (A.). — Uber « idiopatischen » chylothorax und ascites chylosus im Kindesalter. (*Jahrb für Kind.*, p. 258, 1936-1937).

Boston (N.). — Chylous acites with eosinophilia. (*The J. of A M. A.*, p. 513, 1905).

Bruchsaler (S.). — Uber ascites chylosus im Saüglingsalter. (*Monastch. für Kind.*, p. 439, 1929).

Chomel. — (*Acad. Royale des Sciences*, 1728).

Cowie (D.-H.). — The casuistry of chylous ascites and chylocele in sucklings and very youngs infants with report of a case. (*Arch. of Ped.*, p. 594, 1911).

Guéneau de Mussy. — (*Clin. Méd.*, 1, 1874).

Hahn. — Uber chylothorax. (*Deutsch. Med. Woch.*, p. 401, 1899, in Mouchet).

Huber (F.) et Silver (H.). — A case of acute ascite chylous. (*Am. J. of Diseases of Children*, VIII, p. 51, 1914).

Janet (H.), Boegner (Mlle E.), Laquerrière (Mme). — Chylothorax chez un nouveau-né. (*Bull. Soc. de Péd. de Paris*, p. 577, 1936).

Jousset. — (*Thèse de Paris*, 1901).

KAMIENSKI (S.). — Uber chylose Ergüsse in die serösen Höhlen des Körpers in Folge eines Falles von Ascites chylosus bei einem sauglinge. (*Jahrb. für Kinderh.*, p. 404, 1896).

LAUNAY (C.), GOURY-LAFONT, HENRI (R.). — Chylopéritoine s'étant constitué dès la naissance. Malformation probable des chylifères abdominaux. (*Bull. Soc. Péd. Paris*, p. 163, 1941).

LEJEUNE. — Chylothorax traumatique. (*Thèse*, Nancy, 1928).

LETULLE (M.). — (*Revue de Méd.*, p. 723, 1884 et p. 360, 1885).

LORAIN. — (*Soc. Biol. Paris*, p. 162, 1859).

MORSE. — (*Boston M. and S. Journ.*, p. 294, 1912, in Wegner E.-S.).

MORTON. — Phtisiologia Sen. exercitationes de phtisi., p. 57, 1691.

MOUCHET (A.). — Le chylothorax traumatique. (*Thèse de Paris*, 1933).

NIEUWONDT (G.) et ROZENZWEIG. — (*The British Med. J.*, p. 123, 1892).

OEKEN. — Ein Fall von Zerreinsung der ductus thoracicus in folge Brustquentschung. (*Munch. Med. Wochen.*, p. 1182, 1908. In Mouchet).

PAGENSTECHER (V.-E.). — Uber ascites chylosus. (*Arch. für Klin. Med.*, p. 105, 1902).

QUINCKE. — (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, 1875).

ROTHER (W.). — Chylothorax in sauglingsalter. (*Kinderartz Praxis*, p. 244, 1937).

ROUVIÈRE (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson, 1932.

SCHALL (L.). — Ascites chylosus beim Saügling. (*Monastch für Kind.*, p. 34, 1922).

SHERMANN (W.-H.). — Chylothorax in children. (*Arch. Ped.*, N.-Y., 1907).

SMIDT VAN GELDEN (J.-H.). — Uber einen Fall von ascites chylosus. (*Zentralblatt für Kinderh.*, p. 273, 1920).

WEBER (M.). — Ascite chyliforme accompagnant un volvulus de l'intestin grêle chez un nourrisson. (*Soc. des Chir. de Paris*, p. 250, 1934).

WEGNER (E.-S.). — Congenital chylous ascites. (*Am. Journal diseases of Children*, p. 586, 1934).

WEIL (E.). — Traitement des ascites par la pneumo-séreuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, p. 1661, 1921).

WILHELMS. — (*Correspondenzblatt d. artze. vereme der Rhein pr.*, p. 22, 1874).

WINIWARTER (A. von). — Chylangioma cavernosum in abdomine. (*Jahrb. für Kindern.*, p. 196, 1877).

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 13

HISTORIQUE 15

CLINIQUE :

Début 19

Diagnostic positif 21

Diagnostic différentiel 27

Evolution 29

Etiologie-Pathogénie 33

Pronostic 39

Traitement 41

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS 45

CONCLUSIONS GÉNÉRALES 67

BIBLIOGRAPHIE 69

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).